Lane Medical Library

Aus dem Gesundheitsamt des Kantons Basel-Stadt
Vorsteher Prof. Dr. med. H. Hunziker

Die Arbeit der Tuberkulose-fürsorgestelle der Stadt Basel in den Jahren 1924–1928

*

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

René Bastian
von Mettau (Kt. Aargau)

Basel 1930

*

Buchdruckerei Gasser & Cie. A.G. Basel

Aus dem Gesundheitsamt des Kantons Basel-Stadt
Vorsteher Prof. Dr. med. H. Hunziker

Die Arbeit der Tuberkulose-fürsorgestelle der Stadt Basel in den Jahren 1924–1928

*

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der medizinischen Fakultät
der Universität Basel

vorgelegt von

René Bastian
von Mettau (Kt. Aargau)

Basel 1930

*

Buchdruckerei Gasser & Cie. A.G. Basel

Von der medizinischen Fakultät Basel genehmigt auf Antrag von Professor Dr. med. H. Hunziker.

Tag der Promotion: 23. Dezember 1930.

Prof. Dr. Oppikofer,
Dekan.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

Einleitung 5

I. Allgemeine Uebersicht über die Arbeit der Basler Tuberkulose-fürsorgestelle 9

II. Untersuchung der Neuaufnahmen von 1924—1928 16

III. Wohnungsverhältnisse der in Fürsorge stehenden Tuberkulösen im Jahre 1928 21

IV. Verteilung der Krankheitsfälle auf die einzelnen Quartiere der Stadt Basel 26

(Karte.)

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/diearbeitdertube0000rene

Einleitung.

Entwicklung der Fürsorgestelle.

Die Bewegung zur Bekämpfung der Tuberkulose in Basel blickt auf sehr frühe Anfänge zurück. Schon 1896 wurde, dank dem bahnbrechenden Wirken der Gemeinnützigen Gesellschaft, die Basler Heilstätte für Lungenkranke in Davos gegründet. Zur gleichen Zeit wird der „Basler Hilfsverein für Brustkranke" ins Leben gerufen, die erste öffentliche Vereinigung zur Bekämpfung der Tuberkulose.

Mit diesen beiden Institutionen stand man auch in Basel in dem damals anscheinend aussichtslosen und unabsehbaren Kampf gegen die verheerende Krankheit noch auf dem Boden der rein charitativen Fürsorge für die bereits an Tuberkulose leidenden Mitmenschen. Sehr bald jedoch sah man ein, dass auf diese Art allein keine Aussicht bestand, die Tuberkulose als Infektionskrankheit wirksam zu bekämpfen. Man erkannte, dass nur das Prinzip der allgemeinen Seuchenbekämpfung, nämlich die Ermittlung der Infektionsquelle und die Verhütung von Neuerkrankungen kombiniert mit der Fürsorge der schon Erkrankten, zum Ziele führen konnte.

Die ersten, die darauf nachdrücklich hingewiesen hatten, waren Sir Robert Philip in Edinburg und Calmette in Frankreich. Sie waren es auch, die einen praktischen Weg vorschlugen und selbst gingen: Die Errichtung von Tuberkulosefürsorgestellen. Die 1901 in Lille von Calmette gegründete „Dispensaire antituberculeux" war die erste Fürsorgestelle auf dem Festlande. Rasch fand sie in vielen europäischen Staaten Nachahmung. Damit war der Anfang einer Bekämpfungsart der Tuberkulose

gemacht, die es ermöglicht, hauptsächlich die bedürftigen Tuberkulösen zu ermitteln, in richtige Behandlung und unter geeignete Kontrolle zu bekommen und dadurch wieder Tausende von gesunden Menschen vor Ansteckung zu bewahren.

Erst am 1. Dezember 1911 bekam auch Basel, als eine der letzten grössern Schweizerstädte, eine Fürsorgestelle, gegründet vom Basler Hilfsverein für Brustkranke. Noch heute ist diese Einrichtung ein Zweig der Basler Liga zur Bekämpfung der Tuberkulose, die 1923 aus dem genannten Hilfsverein hervorging. Verwaltet wird die Fürsorgestelle von einer Subkommission des Ligavorstandes.

Nicht zu vergessen ist, dass schon mehrere Jahre vor der Gründung der heute bestehenden Fürsorgestelle Herr Prof. Egger, Leiter der allgemeinen Poliklinik, eine ähnliche Einrichtung für seine bedürftigen tuberkulösen Patienten organisiert hatte.

Mit zwei wöchentlichen Sprechstunden in den Räumlichkeiten der medizinischen Poliklinik an der Hebelstrasse wurde die Tätigkeit der Fürsorgestelle eröffnet. Sowohl Fürsorgearzt als auch die beiden zugeteilten Schwestern waren für ihren Posten nur nebenamtlich angestellt.

Das rasche Anwachsen der Zahl der Befürsorgten machte aber bald den Einsatz von weiteren Arbeitskräften nötig. Bei den beschränkten Mitteln, die damals zur Verfügung standen, war man darauf angewiesen, freiwillige Fürsorgerinnen zu werben. So waren noch im Jahre 1914 zehn Damen freiwillig in der Fürsorge tätig. Erst im gleichen Jahre konnte dann eine Fürsorgerin im Hauptamte angestellt werden, der 1917 eine zweite folgte. Die Gemeinde Riehen wurde bis 1926 noch von einer freiwilligen Fürsorgerin betreut. Von da an wurde diese Gemeinde und der ganze Bezirk auf der nördlichen Seite des Badischen Bahnhofes sowie das Breitequartier unter die Aufsicht einer nebenamtlichen Fürsorgerin gestellt. Da die ausgedehnte Tätigkeit der Fürsorge naturgemäss eine Erweiterung des Bureaubetriebes nötig machte, übersiedelte sie 1925 aus der medizinischen Poliklinik, wo ihr keine eigenen Räume zur Verfügung standen, nach dem Blumenrain und von dort im

Frühling 1929 in die Hebelstrasse. Hier hat sie eine bessere, aber immerhin den neuzeitlichen Vorschriften kaum entsprechende Unterkunft gefunden.

Aufgabe und Zweck.

Als Aufgabe und Zweck einer Tuberkulosefürsorgestelle betrachtet Blümel[1]) folgendes:

1. Verbreitung der Kenntnis der Tuberkulose.
2. Erfassung der Tuberkulösen und Gefährdeten.
3. Aerztliche Untersuchung und richtige Beurteilung der Krankheitsformen.
4. Unschädlichmachen der Seuchenherde durch Schutz der Gesunden und Heilung der Kranken.
5. Fürsorgerische und wissenschaftliche Auswertung der Erfahrungen.

Die Forderungen, die an eine Tuberkulosefürsorgestelle gestellt werden, sind, wie wir sehen, grosse und schwere. Wir können nicht erwarten, dass unsere Fürsorgestelle in Basel allen diesen Aufgaben gerecht werden kann, wenn man bedenkt, dass auch sie wie so viele andere derartige Institutionen, nur mit bescheidenen Mitteln und Kräften wirken kann.

Zu den angeführten fünf Punkten haben wir eine Einschränkung zu machen. Wenn wir unter anderem gesagt haben, die Aufgabe der Fürsorgestelle liege auch in der Heilung der Kranken, so stimmt dies bei uns nur insofern, als durch die Fürsorge die Patienten einer fachgemässen Behandlung zugeführt werden sollen. Steht doch schon in den Gründungs-Statuten § 4: „Die Fürsorgestelle übernimmt keine ärztliche Behandlung und verabreicht keine Medikamente". Die Tätigkeit des Fürsorgearztes erstreckt sich lediglich auf die Untersuchung und Beratung der Pfleglinge, die Behandlung selbst übernimmt dann der vom Befürsorgten oder seinen Angehörigen gewählte Arzt.

[1]) Blümel: Einrichtung und Betrieb einer Tuberkulosefürsorgestelle (Tuberkulose-Bibliothek No. 19).

In diesem Zusammenhange dürfte es uns interessieren, wie das Bundesgesetz vom 13. Juni 1928 betreffend Massnahmen gegen die Tuberkulose die den Fürsorgestellen zugedachten Aufgaben umschreibt. In Art. 10, Absatz b, steht:

„Nach Massgabe des Bedürfnisses und soweit sie es für angezeigt erachten, sorgen die Kantone für die Errichtung von Fürsorgestellen oder Fürsorgediensten zur Ermittlung der Tuberkulösen, zur Beratung, Ueberwachung und Unterstützung der zu Hause gepflegten Tuberkulösen und ihrer Familien, insbesondere der tuberkuloseverdächtigen und tuberkulosegefährdeten Kinder, sowie zur Stellenvermittlung für Arbeitsfähige."

Hier wird noch ein wichtiges Gebiet der Fürsorge erwähnt, die Vermittlung von Stellen für Arbeitsfähige. Dieses Postulat ist von nicht zu unterschätzender Bedeutung. Wissen wir doch, dass es gerade für diese Leute nach einer durch längere Krankheit bedingten Arbeitspause schwer hält, ohne Hilfe eine geeignete Stellung zu finden. Hier sollen die Fürsorgeorgane wirksam eingreifen und helfen.

Mit Recht legt das Gesetz besonderes Gewicht auf die prophylaktische Fürsorge bei den Kindern. Wir werden im Verlaufe unserer Besprechung noch einige Male auf diesen Punkt zurückkommen. Was in der Kinderfürsorge oft unüberwindlichen Schwierigkeiten begegnete, war die Entfernung von Kindern aus einer sie schwer gefährdenden tuberkulösen Familie. Hiezu gibt in Art. 41 die inzwischen erschienene Vollziehungs-Verordnung zum Tuberkulosegesetz vom 20. Juni 1930 eine klare Bestimmung:

„Wenn ein Kind in einer Umgebung und unter Bedingungen lebt, die eine Ansteckungsgefahr bilden, und diese Bedingungen nicht in einer Weise geändert werden können, dass die Ansteckungsgefahr vermieden wird, so soll das Kind in Anwendung von Art. 284 des Zivilgesetzbuches durch eine Verfügung der Vormundschaftsbehörde aus dieser Umgebung entfernt werden.

In dringlichen Fällen kann die Entfernung des Kindes unter Anzeige an die Vormundschaftsbehörde und in Erwartung ihres endgültigen Entscheides durch die zuständige Behörde vorsorglich angeordnet werden."

Nach Inkrafttreten dieses Gesetzes wird es auch für die Fürsorgestelle leichter sein, ein Kind durch Entfernung aus dem gefährdenden Milieu vor Ansteckung zu bewahren.

Aufgabe der vorliegenden Arbeit sei es, einen Ueberblick über die Arbeitsweise und Leistung unserer Tuberkulosefürsorgestelle zu geben unter besonderer Berücksichtigung der Wohnverhältnisse der Befürsorgten und der Verteilung der Krankheitsfälle im Jahre 1928 in der Stadt Basel. An dieser Stelle möchte ich auch vor allem Herrn Professor Hunziker für seine freundliche Anleitung und Unterstützung meinen besten Dank aussprechen. Ebenso danke ich dem Fürsorgearzt, Herrn Dr. von Sury und den Fürsorgerinnen für ihre Mithilfe und die Ueberlassung des nötigen Materiales.

I. Allgemeiner Ueberblick über die Tätigkeit der Basler Tuberkulosefürsorgestelle während der Jahre 1924 – 1928.

An Hand der uns zur Verfügung stehenden Jahresberichte geben wir eine Zusammenstellung über Frequenz und Leistung der Fürsorgestelle in den Jahren 1924—1928.

	1924	1925	1926	1927	1928
Anzahl der von der Fürsorge erfassten Personen . . .	801	742	836	1022	1251
Davon waren:					
An Tuberkulose erkrankt .	692	645	707	845	1062
Tbc.-Verdächtige und Gefährdete	64	69	115	155	169
An andern Krankheiten leidend	43	19	11	16	15
Gesund befunden	2	9	3	6	5
	801	742	836	1022	1251

Verpflegung der Tuberkulösen:					
Nur zu Hause	212	200	255	281	422
Auch in Spitälern	127	142	128	141	151
Auch in Sanatorien	270	272	284	334	400
Auch in Erholungsheimen .	136	90	70	116	138
Leistungen der Fürsorgestelle:					
Beratungen der Fürsorgestelle	1182	1324	1616	2099	2381
Hausbesuche und Gänge der Fürsorgerinnen	3689	3569	3802	4864	4630
	4871	4893	5418	6963	7011

Für das Jahr 1928 gibt also der Jahresbericht 1251 in Fürsorge stehende Personen an. Diese Zahl scheint uns niedrig, wenn wir vergleichsweise erwähnen, dass in Zürich schon im Jahre 1927 3818 Tuberkulöse mit ihren Familienangehörigen in Fürsorge waren. Der grosse Unterschied zwischen den beiden Zahlen rührt daher, dass in Zürich richtigerweise auch die Angehörigen der tuberkulösen Pfleglinge in den Fürsorgeakten aufgeführt und gezählt werden, während das in Basel bis jetzt leider nicht getan wurde oder doch nur unvollständig. Trotzdem wird auch in Basel, wie wir uns leicht überzeugen konnten, in praxi vollständige Familienfürsorge getrieben. (Alle vergleichenden Angaben über Zürich entnahmen wir der Arbeit von F. Guggenheim[1]).

1062 Tuberkulöse wurden im Jahre 1928 von der Fürsorge erfasst. Davon wohnten 2 ausser Kanton. Die Uebrigen verteilten sich in folgender Weise:

Stadt Basel	1020
Landgemeinden	40

[1]) Guggenheim: Die Arbeit der Tuberkulosenfürsorge der Stadt Zürich in zahlenmässiger Beleuchtung (Schweiz. Zeitschrift für Hygiene, 5. Heft 1929).

Wichtig und interessant ist es, die Anzahl der bei der Fürsorge in Pflege stehenden Kranken mit der Zahl zu vergleichen, die uns die Tuberkulose-Morbidität in Basel überhaupt angibt. Bräuning, Leiter der Tuberkulosefürsorgestelle in Stettin, benützt als Basis zur Berechnung der Tuberkulose-Morbidität einer Bevölkerung die Tuberkulosesterblichkeit auf 10,000 Einwohner bezogen. Wir folgen dem gleichen Autor und nehmen als Dauer der offenen Tuberkulose im Durchschnitt 3,4 und der aktiven Tuberkulose überhaupt 10 Jahre an. Für Basel ergeben sich also bei einer Sterblichkeit von 11,9 pro 10,000 ($^0/_{000}$)

40,5 $^0/_{000}$ Offen-Tuberkulöse,

119,0 $^0/_{000}$ Aktiv-Tuberkulöse.

Der Fürsorgestelle waren 1928 bekannt 1060, d. h. bei einer mittleren Bevölkerungszahl des Kantons Basel von 150,740 70,3 $^0/_{000}$ Aktiv-Tuberkulöse und 444 d. h. 29,4 $^0/_{000}$ Offen-Tuberkulöse. Die Fürsorgestelle hätte also in Beobachtung und Pflege

72,7 % der Offen-Tuberkulösen,

59,1 % der Aktiv-Tuberkulösen.

Wir vergleichen die Zahl der befürsorgten Tuberkulösen in Basel mit der in Zürich für das Jahr 1927. (Die Vergleichszahlen von Zürich für das Jahr 1928 standen uns nicht zur Verfügung.) Wir erhalten für Zürich bei einer Mortalitätsziffer von 11,1 $^0/_{000}$ wieder nach Bräuning 37,7 $^0/_{000}$ Offen-Tuberkulöse und 111 $^0/_{000}$ Aktiv-Tuberkulöse überhaupt. Von diesen 111 $^0/_{000}$ an Tuberkulose Leidenden haben die beiden Fürsorgestellen 66,1 $^0/_{000}$ in Fürsorge, d. h. 59,5 % aller Tuberkulösen. Für Basel berechnen wir bei einer Mortalitätsziffer von 13,85 $^0/_{000}$ (immer nach Bräuning) 47,1 $^0/_{000}$ Offen-Tuberkulöse und 138,5 $^0/_{000}$ Aktiv-Tuberkulöse überhaupt. Von diesen 138,5 $^0/_{000}$ stehen 57,1 $^0/_{000}$ in Fürsorge, d. h. 41,2 % aller Tuberkulösen. Ein Resultat, das entschieden für Zürich spricht, wobei aber nicht zu vergessen ist, dass Zürich mit 2 Fürsorgestellen und ungleich mehr Personal arbeiten kann.

Vergleichende Berechnungen.

Wir haben bisher unserer Betrachtung die von Bräuning angegebenen Zahlen zu Grunde gelegt. Wir halten es aber für angebracht, einmal die Ergebnisse für die Tuberkulose-Morbidität in Basel im Jahre 1928 auf Grund der Erhebungen verschiedener Tuberkulose-Fachleute zusammen zu stellen und zu vergleichen.

1. Teleky[1]) berechnet 2 Offen-Tuberkulöse und 7 überhaupt Aktiv-Tuberkulöse auf einen Todesfall an Tuberkulose.

Das ergibt für Basel bei einer Mortalität von 11,9 $^0/_{000}$ und einer mittleren Bevölkerungszahl von 150,740 (Statist. Jahrbuch)

		Errechnete Zahl	In Fürsorge
Aktiv-Tuberkulöse überhaupt	absolut	1255,6	1060
	$^0/_{000}$	83,3	70,3
Offen-Tuberkulöse	absolut	358,7	444
	$^0/_{000}$	23,8	29,4

Es hätte also die Fürsorgestelle unter Beobachtung von den 83,3 $^0/_{000}$ überhaupt Tuberkulösen 70,3 $^0/_{000}$, d. h. nicht weniger als 84,4 %. Von den 23,8 $^0/_{000}$ Offen-Tuberkulösen sogar 29,4 $^0/_{000}$, d. h. es wären mehr in Fürsorge als überhaupt vorhanden sind! Dies zeigt in drastischer Weise, dass die benützten Zahlen von Teleky für Basel keine Geltung haben können.

2. Bräuning nimmt an Hand seines Materials, wie wir schon einmal gezeigt haben, als Ziffer für die Morbidität an Tuberkulose das Zehnfache der Mortalitätsziffer und das 3,4fache derselben als Faktor zur Berechnung der Zahl der Offen-Tuberkulösen. Wir erhalten so für Basel:

		Errechnete Zahl	In Fürsorge
Tuberkulöse überhaupt	absolut	1793,8	1060
	$^0/_{000}$	119,0	70,3

[1]) Teleky (Handbuch der sozialen Hygiene, Band III).

Offen-Tuberkulose	absolut	609,9	444
	$^0/_{000}$	40,5	29,4

Nach Bräuning wären von den 119 $^0/_{000}$ Tuberkulösen in Fürsorge 70,3 $^0/_{000}$ = 59,1 $^0/_0$, von den Offen-Tuberkulösen 29,4 $^0/_{000}$ = 72,7 %.

3. Olivier[1]) schätzt auf Grund seiner Erhebung die Morbidität an Tuberkulose auf das 12-fache der Mortalität, und Weidmann[2]), Sekretär der Tuberkulose-Kommission in Zürich die Zahl der Offen-Tuberkulösen auf das 3-4 fache der Mortalitätsziffer. Da diese Zahl etwa der von Bräuning entspricht, benutzen wir auch in der Folge zur Berechnung der Offen-Tuberkulösen den von Bräuning angegebenen Faktor:

		Errechnete Zahl	In Fürsorge
Aktiv-Tuberkulöse	absolut	2152,6	1060
überhaupt	$^0/_{000}$	142,8	70,3
Offen-Tuberkulöse	absolut	609,9	444
	$^0/_{000}$	40,5	29,4

Nach Olivier wären also von den 142,8 $^0/_{000}$ an Tuberkulose Erkrankten in Fürsorge 70,3 $^0/_{000}$ d. h. 49,2 %.

Als Resultat unseres Vergleiches der Berechnungen nach verschiedenen Autoren erhalten wir noch einmal kurz zusammengestellt folgendes: Die Tuberkulosefürsorgestelle hätte von den in Basel an Tuberkulose Leidenden erfasst nach

Teleky	Bräuning	Olivier
84,4 %	59,1 %	49,2 %

Welche von den drei Zahlen hat nun für Basel am ehesten Gültigkeit?

Die schmeichelhafte Zahl, zu der wir auf Grund der Berechnung nach Teleky gekommen sind, braucht keiner näheren Besprechung, da sie sich nach dem unter „1." Gesagten von selbst erledigt.

[1]) Olivier: Die Tuberkulosebekämpfung in der Schweiz 1923.
[2]) Weidmann: Zum Ausbau der Tuberkulosebekämpfung in Zürich (Schweiz. Zeitschrift für Gesundheitspflege 1927).

Auch die nach Bräuning gefundene Zahl ist wohl etwas zu hoch, dürfte aber den tatsächlichen Verhältnissen eher entsprechen. Dabei fällt noch ins Gewicht, dass dieser Autor seine Ausgangszahlen an Hand einer Fürsorgestatistik aufgestellt hat, die angeblich mit einer 100%igen Erfassung der Tuberkulösen rechnen kann. Die nach Olivier erhaltene Ziffer entspricht, wie wir später sehen werden, am ehesten der in der Fürsorgestelle bekannten Zahl von den in Basel überhaupt an Tuberkulose Gestorbenen. Ausserdem hat sie den Vorteil, dass sie von einem mit den schweizerischen Verhältnissen vertrauten Autor und aus in der Schweiz gesammeltem Material stammt. Dieses Ergebnis gibt sicher ein annähernd richtiges Bild über die Tuberkulose-Morbidität in Basel und die Erfassung der Erkrankten durch die Fürsorgestelle.

Aus diesem Vergleiche der verschiedenen Berechnungsmethoden ist es leicht ersichtlich, wie unzulänglich es ist, die Anzahl der Befürsorgten im Verhältnis zu der errechneten Zahl der Tuberkulösen einer Bevölkerung als Masstab für die Tätigkeit und den Erfolg einer Tuberkulosefürsorgestelle zu gebrauchen.

Todesfälle.

Als sicherstes Mass zur Beurteilung der Leistung einer Tuberkulosenfürsorgestelle wird allgemein das Verhältnis der ihr bekannten Todesfälle zu der Zahl der im betreffenden Kreise überhaupt an Tuberkulose Gestorbenen, angenommen. Für Basel ergeben sich für die Jahre 1924—1928:

	1924	1925	1926	1927	1928
Im Kanton Basel an Tbc gestorben	215	176	180	205	179
Davon der Fürsorge bekannt	64	63	72	92	89

Von den in Basel an Tuberkulose Gestorbenen wurden also von der Fürsorgestelle erfasst:

1924	1925	1926	1927	1928
29,8%	35,8%	40,0%	44,9%	49,7%

Das sind kleine, man darf ruhig sagen sehr kleine Zahlen, wenn man bedenkt, dass zum Beispiel in Deutschland Fürsorgestellen in Tätigkeit sind, die ungleich höhere Ziffern aufweisen können. So waren in Halle schon 1921 64,5 % der an Tuberkulose Gestorbenen der Fürsorge bekannt, in Stettin im gleichen Jahre 71,7 % und im Fürsorgekreis Dresden-Neustadt im Jahre 1928 sogar 83,8 % nach Prof. Thiele [1]). Immerhin geht aus den Zahlen von Basel deutlich hervor, dass der Kreis der Befürsorgten ständig wächst. Bis in einigen Jahren kann daher bei einem richtigen Ausbau der Fürsorgetätigkeit mit einer befriedigenden Erfassung der Kranken gerechnet werden. Dies um so eher, als bei Inkrafttreten des Tuberkulosegesetzes mehr Tuberkulöse der Fürsorgestelle bekannt werden müssen, da die Aerzte dann verpflichtet sind, wenigstens alle die Umwelt gefährdenden Kranken anzumelden.

Hausbesuche und Gänge.

4630 Besuche und Gänge im Interesse der Befürsorgten wurden 1928 von den Fürsorgerinnen bewältigt. Das trifft auf den einzelnen Pflegling durchschnittlich 3,7 Gänge. In dieser Zahl sind ausser den Besuchen bei den Patienten auch die Gänge in Spitäler, Vormundschaftsbehörden etc. gerechnet. Alles in allem eine grosse Leistung der Fürsorgerinnen, die sehr gut mit der Arbeit anderer Tuberkulosefürsorgestellen verglichen werden darf.

Konsultationen.

Leider war es aus den Akten nicht möglich, die Beratungen des Fürsorgearztes und der Helferinnen getrennt zu erhalten. Es lässt sich daher über Zahl und Art der ärztlichen Untersuchungen kein Bild machen. Im Ganzen verzeichnet die Fürsorgestelle im Jahre 1928 2381 Konsultationen. Das macht pro Patient 1,9 Beratungen. Zusammen mit den Besuchen und Gängen entfallen auf den einzelnen Befürsorgten 5,6 Leistungen der Fürsorgestelle. Rechnen wir dazu die rein administrativ notwendigen Arbeiten, so darf die Fürsorgestelle mit dem Resultat ihrer praktischen Leistung zufrieden sein.

[1]) Thiele: Die Bekämpfung der Tuberkulose im Freistaate Sachsen (Schriftenreihe der Blätter für Wohlfahrtspflege No. 15).

Zuweisende Instanzen.

Dieses an sich aufschlussreiche Kapitel lässt sich mangels genauer Festlegung nicht mit Zahlen illustrieren. Immerhin ergaben unsere Erkundigungen auf der Fürsorgestelle, dass der Grossteil der Patienten aus Selbstmeldern, von der Fürsorge Ermittelten, aus Spitälern und Sanatorien Entlassenen oder von Nebeninstanzen Zugewiesenen besteht. Nur ein kleiner Bruchteil wird direkt von Privatärzten überwiesen.

II. Untersuchung der Neuaufnahmen von 1924-1928.

Wenn wir hier den Versuch machen, die Neuaufnahmen in der Fürsorgestelle nach Alter, Geschlecht und klinischen Kategorien genauer zu untersuchen so müssen wir zum vornherein darauf aufmerksam machen, dass das nur in beschränktem Masse möglich ist. Wir konnten nämlich für unsere Arbeit nur die Akten von 1924—1928 verwenden, die uns so kleine absolute Zahlen ergeben, dass wir daraus keine unbedingt beweisenden Schlüsse ziehen können. Allerdings würden sich diese Zahlen bei der geringen Frequenz der vorhergehenden Jahre nicht viel erhöhen, wenn wir auch ein ganzes Dezennium hätten auswerten können.

Als Material standen uns die Personalakten der Fürsorgestelle von 1924—1928 zur Verfügung, die über jeden einzelnen Tuberkulösen geführt wurden.

Dass diese Akten manchmal ausführlich, oft aber auch nur dürftig geführt sind, darf uns bei dem überlasteten Betriebe der Fürsorgestelle nicht wundern. Die Fürsorgerinnen selbst sind natürlich nicht auf ihre Aufzeichnungen angewiesen, da sie ihre Patienten und die betreffenden Familienverhältnisse sehr gut kennen und es daher vielleicht oft überflüssig fanden, sich mit der für sie doch unwichtigeren Arbeit mehr zu belasten. Wie sehr das natürlich die statistische Erfassung des Materials erschwert, brauchen wir wohl kaum zu betonen. Wir mussten uns darauf beschränken, nur die in den meisten Akten vollständig ausgeführten Punkte zu beleuchten.

Untersucht wurden über 1000 Fälle der Jahrgänge 1924-1928.

Tabelle I.

Uebersicht über Alter, Geschlecht und klinische Kategorien

Klinische Kategorien		Tbc. Verdächtige u. Gefährdete	Geschlossene Tbc.	Offene Tbc.	Total absolut	Total %
Knaben:	absolut	29	56	6	91	9,7
	% der Knaben	31,8	61,6	6,6		
	% der klin. Kat.	31,8	13,3	1,4		
Mädchen:	absolut	33	62	10	105	11,2
	% der Mädchen	31,5	59,0	9,5		
	% der klin. Kat.	31,3	14,7	2,4		
Männer:	absolut	9	92	204	305	32,6
	% der Männer	2,9	30,2	66,9		
	% der klin. Kat.	9,9	21,8	48,2		
Frauen:	absolut	20	212	203	435	46,5
	% der Frauen	4,6	48,7	46,7		
	% der klin. Kat.	22,0	50,2	48,0		
Total:	absolut	91	422	423	936	100,0
	%	9,7	45,1	45,2		

Tabelle II.

Neuaufnahmen 1924 – 1928

		A. Nach Alter und Geschlecht				Total	B. Nach klin. Kategorien		
		Knaben	Mädchen	Männer	Frauen		Tbc. Verdächtige und Gefährdete	Geschlossene Tbc.	Offene Tbc.
1924:	absolut	8	20	31	55	114	13	49	52
	%	7,0	17,5	22,2	48,3	100,0	11,4	43,0	45,6
1925:	absolut	11	13	66	84	174	14	67	93
	%	6,3	7,5	37,9	48,3	100,0	8,1	38,5	53,4
1926:	absolut	15	20	51	83	169	21	74	74
	%	8,9	11,8	30,2	49,1	100,0	12,4	43,8	43,8
1927:	absolut	36	26	80	104	246	27	128	91
	%	14,6	10,6	32,5	42,3	100,0	11,0	52,0	37,0
1928:	absolut	21	26	77	109	233,	16	104	113
	%	9,0	11,2	33,0	46,8	100,0	6,9	44,6	48,5
1924 —1928:	absolut	91	105	305	435	936	91	422	423
	%	9,7	11,2	32,6	46,5	100,0	9,7	45,1	45,2

In der Tabelle I haben wir die gesamte Uebersicht über die untersuchten Fälle aufgestellt. Dazu ist zu bemerken, dass wir als Kinder, wie üblich, diejenigen Befürsorgten aufgeführt haben, die bei ihrem Eintritt das 15. Altersjahr noch nicht abgeschlossen hatten.

Tabelle II zeigt alle Neuaufnahmen nach Alter, Geschlecht und klinischen Kategorien geordnet.

Alter und Geschlecht.

Was zum vornherein aus der Zusammenstellung in die Augen springt, ist die kleine Zahl der neuaufgenommenen Knaben und Mädchen. 79,1 % Erwachsenen stehen nur 20,9 % Kinder gegenüber. Diese kleine Zahl erklärt sich zum Teil daraus, dass in den Akten nur diejenigen eingetragen sind, die entweder schon erkrankt oder suspekt oder doch unmittelbar gefährdet sind, während die andern in praxi wohl kontrolliert, aber in den Akten nicht aufgenommen werden. Trotzdem scheint uns die Erfassung der Kinder nicht ganz befriedigend, da gerade die prophylaktische Fürsorge bei den Knaben und Mädchen von grösster Wichtigkeit sein sollte.

Aus den Tabellen lässt sich leicht feststellen, dass kaum etwas mehr Mädchen als Knaben in Fürsorge kamen, während wir zwischen Männern und Frauen einen grösseren Unterschied in der Frequenz feststellen können. Es ergeben sich 46,4 % Frauen und nur 32,6 % Männer. Zwei Gründe machen diese Tatsache leicht verständlich.

1. Die allgemein grössere Mortalität an Tuberkulose der Frauen zwischen 15 und 30 Jahren, wie sie auch für Basel von Prof. E. Jessen bestätigt wurde.[1])

2. Frauen haben vielmehr Zeit und Gelegenheit, sich bei der Fürsorgestelle zu melden, als die in fester Arbeit stehenden Männer.

Aus der historischen Uebersicht erkennen wir, dass sich die Zahl der Neuaufnahmen in den 5 Jahren verdoppelt hat. Dies hängt wohl nicht mit einer Zunahme der Morbidität, als eher mit einer Frequenzerhöhung der Fürsorgestelle zusammen.

[1]) Jessen: Die Tuberkulosesterblichkeit in der Stadt Basel von 1870—1919.

Klinische Kategorien.

Wir unterscheiden:

1. Verdächtige und Gefährdete, in den Jahresberichten kurz als Suspekte bezeichnet.

   Darunter verstehen wir Befürsorgte mit suspektem Organbefund (hauptsächlich Lungenbefund), dann solche, die konstitutionell oder wegen anderer Krankheiten durch Ansteckung am meisten gefährdet sind und zuletzt alle Pfleglinge, die in Gefahr sind, durch ihre kranken Angehörigen angesteckt zu werden.

2. Geschlossene Tuberkulosen, d. h. Kranke, die keine Bazillen in die Aussenwelt abgeben.

3. Offene Tuberkulosen, d. h. solche mit positivem Bazillenbefund im Sputum oder in stark eiternden Fisteln, meistens Knochenfisteln.

Dass diese Bezeichnungen nicht den klinisch gebräuchlichen entsprechen, wissen wir, aber wir sind natürlich darauf angewiesen, die Einteilung so zu wählen und auszulegen, wie es sich in der Fürsorgestelle bewährt hat.

Die untersuchten Fälle verteilen sich auf die klinischen Kategorien folgendermassen:

Verdächtige und Gefährdete	9,7 %
Geschlossene Tuberkulose	45,1 %
Offene Tuberkulose	45,2 %

Diese Zahlen geben deutlich den Eindruck, dass sozusagen nur Fürsorge für die bereits Erkrankten geleistet wird. Wenn wir uns auch überzeugen konnten, dass in der Praxis auch die Angehörigen der Kranken gewissenhaft beobachtet werden, so ist es doch zu bedauern, dass diese nicht auch aktenmässig festgehalten werden. Hier ist auch der Grund dafür zu suchen, dass wir in unsern Tabellen keine Zusammenstellung der gesund Befundenen geben können. Die überraschend hohe Zahl der Fälle mit offener Tuberkulose erklärt sich daher, dass gerade diese durch die konsequente Anmeldung der aus Spitälern und Sanatorien Entlassenen der Fürsorgestelle am ehesten bekannt werden.

Untersuchen wir in Tabelle I die Verteilung nach Alter und Geschlecht auf die klinischen Kategorien.

Ein rascher Ueberblick zeigt schon, dass zwischen Knaben und Mädchen nur geringe, zwischen Männern und Frauen aber teilweise erhebliche Differenzen in den einzelnen Kategorien bestehen.

Auffällig ist bei den Kindern die hohe Zahl der Kranken: 68,4% sind tuberkulös und nur 31,6% gefährdet. Man sollte doch annehmen, dass gerade bei den Kindern die Zahl der Befürsorgten, die nicht krank sind, bei weitem überwiegen müsste. Vergleichsweise sei erwähnt, dass in Zürich nur 14% der befürsorgten Kinder krank sind. Zur Erklärung unseres Ergebnisses verweisen wir auf das oben über die kleine Zahl der aufgenommenen Knaben und Mädchen Gesagte.

Dass wir bei den Erwachsenen auf 3,7% Gefährdete 96,3% Kranke erhalten, entspricht der allgemein anerkannten Tatsache, dass hier eben hauptsächlich Kranken-Fürsorge geleistet wird.

Innerhalb der Kategorien sind unter den Gefährdeten die Kinder mit 63,1%, die Frauen mit 22,0% und die Männer mit 9,9% vertreten. Die Hälfte der Fälle mit geschlossener Tuberkulose bestreiten die Frauen mit 50,2%, die Kinder erreichen 28% und die Männer 21,8%. Nur ein kleiner Teil der Offen-Tuberkulösen entfällt auf die Kinder, Frauen und Männer halten sich mit 48% die Wage.

Die Tatsache, dass sich die Männer im allgemeinen erst spät der Fürsorge anvertrauen, wird durch die überwiegende Zahl ihrer Offen-Tuberkulösen, 66,9% deutlich veranschaulicht. Allerdings erreichen auch die Frauen in dieser Kategorie mit 46,7% gegenüber 48,7% bei der geschlossenen Tuberkulose eine relativ hohe Beteiligung, das muss aber auf das oben über die grosse Frequenz der Offen-Tuberkulösen Gesagte zurückgeführt werden.

Ueber Zunahme und Abnahme in den einzelnen Kategorien lassen sich bei den kleinen absoluten Zahlen keine sicheren Rückschlüsse ziehen.

Zusammenfassend können wir sagen:

1. Die Frequenz der Fürsorgestelle hat sich seit 1924 verdoppelt.
2. Kinder wurden nur $^1/_5$ aufgenommen, Männer $^1/_3$ und Frauen 46%.
3. Manifest tuberkulös sind $^9/_{10}$ aller Aufgenommenen. Unter den Kindern 68,4%, unter den Erwachsenen 96,1%.
4. Nur 31,6% der Kinder wurden prophylaktisch in Fürsorge genommen.
5. Von den Erwachsenen sind 55% Offen-Tuberkulöse.
6. Bei der offenen Tuberkulose überwiegen die Männer mit 66,9% gegenüber 46,7% Frauen.

III. Wohnungsverhältnisse der Fürsorge-Pfleglinge.

Mit Recht wird von allen Fürsorgeämtern grosses Gewicht auf die Sanierung der häuslichen Verhältnisse ihrer tuberkulösen Schützlinge gelegt. Es ist klar, dass die Gefahr der Ansteckung der gesunden durch die kranken Familienangehörigen mit der Beschränkung der Räumlichkeiten wächst. Allein schon die nötige Sorgfalt der Bazillen streuenden Kranken für ihre Umgebung wird durch die Wohnungsverhältnisse wesentlich mitbestimmt. So fand Dr. Krutzsch, Fürsorgearzt in Altenburg (Thüringen)[1]), bei seinen Offen-Tuberkulösen, dass bei einem Familienbestand von 2—7 Personen in 2—3 Zimmern nur 54,9% eine ausreichende Sorge für ihre Umwelt zeigten. Bei derselben Zahl von Familienmitgliedern, aber auf 4—5 Räume verteilt, schon 80,3%. Leider ist es der Fürsorgestelle nicht immer möglich, mit ihren eigenen unzulänglichen Mitteln in der Wohnungsfrage ihrer Pfleglinge helfend einzugreifen. Wie wichtig es jedoch ist, dass jeder Tuberkulöse und vor allem jeder Offen-Tuberkulöse sein eigenes Zimmer oder zum mindesten sein eigenes Bett besitzt, brauchen wir wohl kaum zu betonen.

[1]) Krutzsch: Sanierung der Offen-Tuberkulösen in der Häuslichkeit (Beiträge zur Klinik der Tuberkulose, Bd. 72, Heft 5).

Da unsere Fürsorgestelle nur die Schlafverhältnisse für die befürsorgten Tuberkulösen, nicht aber für deren Familien in ihren Akten führt, haben wir selbst die Wohnungsverhältnisse für einige hundert Familien bestimmt. An Hand von Fragebogen, die uns Herr Prof. H. Hunziker freundlicherweise zur Verfügung stellte, wurde die Zahl der Familienangehörigen sowie die in den einzelnen Haushaltungen verfügbaren Räume und Betten aufgenommen.

Tabelle III.

Anzahl der Personen	Anzahl der Zimmer										Anzahl der Familien
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	
1	19	2	2								23
2	9	39	20	1							69
3	1	47	42	12	3				**484**		105
4		31	64	25	9						129
5		18	48	19	11	1	2				99
6		6	30	10	7	2					55
7			9	7	10	3	2				31
8			5	1	3	1					10
9			7	2							9
10			2			1					3
11		**54**	1	1							2
12			1				1				2
13			1								1
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	538

Tabelle IV.

Anzahl der Personen	Anzahl der Betten												Anzahl der Familen
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	
1	21	2											23
2	2	62	4	1									69
3		2	99	4	1					**417**			105
4		2	15	101	11								129
5			2	30	64	2	1						99
6			1	14	13	26	1						55
7				1	9	8	13						31
8					1	3	3	3					10
9						4	2	2	1				9
10			**121**				2			1			3
11							2						2
12								1		1			2
13					1								1
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	538

In Tabelle III haben wir für 538 Familien entsprechend der Zahl der in der Familie lebenden Personen die bewohnbaren Räume angegeben. Untermieter wurden in den befürsorgten Haushaltungen als Angehörige mitgerechnet.

Zur Erklärung der Tabelle möge folgendes dienen: In der Randkolonne rechts haben wir die Zahl der Familien eingetragen, die den in den entsprechenden Rubriken der linken Seitenkolonne angegebenen Personenbestand aufweisen. In der oberen Wagrechten geben wir die Anzahl der Zimmer an. Wir

hätten zum Beispiel 129 Haushaltungen mit einem Bestand von 4 Personen, davon besitzen 31 Familien 2 Zimmer, 64 Familien 3 Zimmer etc.

Um eine Einteilung zu ermöglichen, bezeichnen wir die Verhältnisse als „genügend" (über der ausgezogenen Zickzacklinie), wo auf je zwei Personen ein oder mehrere Zimmer entfallen, als „ungenügend" (unter der Zickzacklinie) diejenigen Fälle, in denen mehr als 2 Personen auf ein Zimmer zu rechnen sind.

Unter diesem Gesichtspunkte betrachtet ergibt unsere Tabelle nur 54 Familien in „ungenügenden" und 484 Haushaltungen in „genügenden" Wohnungsverhältnissen. Gehen wir von der Ansicht aus, dass zu „guten" Wohnverhältnissen ein Wohnzimmer gehört und dazu durchschnittlich nicht mehr als zwei Personen in einem Raume schlafen sollen, so erhalten wir 292 Fälle, die dieser Forderung entsprechen. Wir hätten demnach von unsern Familien:

In „ungenügenden" Wohnverhältnissen	54	=10 %
In „genügenden" „	484	=90 %

Von den als „genügend" bezeichneten Fällen sind 292 als „gut" zu betrachten, d. h. 54,3 % aller untersuchten Haushaltungen.

In Tabelle IV haben wir für die gleichen Familien die zur Verfügung stehenden Betten aufgenommen. Wir erhalten 417 Familien, die für jeden Angehörigen ein Bett besitzen und 121 Haushaltungen, die sich mit einer kleineren Bettenzahl als der ihrem Bestand entsprechenden behelfen. Wie aus der Tabelle leicht abzulesen, haben wir nur 6 Familien, denen es nicht möglich wäre, einem Bazillenstreuer unter den Angehörigen ein eigenes Bett zu geben.

Wir dürfen ruhig sagen, dass die Wohnverhältnisse bei unsern erfassten Familien gut sind, sowohl was die Zahl der bewohnbaren Räume als auch die Anzahl der Betten betrifft.

Im Jahresbericht 1918 der Tuberkulosefürsorgestelle hat Herr Dr. von Sury eine kleine Statistik über 267 befürsorgte Familien veröffentlicht. Daraus geht hervor, dass damals noch 45 Tuberkulöse kein eigenes Bett hatten, davon 25 Pfleglinge mit offener Tuberkulose!

Um für das Jahr 1928 einen möglichst vollständigen Einblick in die Wohnungsverhältnisse, d. h. speziell in die Schlafverhältnisse unserer befürsorgten Kranken zu erhalten, haben wir ausser unsern eigenen Erhebungen auch die in den Akten der Fürsorgestelle erfassten Fälle benützt. So war es uns möglich, die Angaben über 848 d. h. 79,8 % aller in Pflege stehenden Tuberkulösen für unsere Aufstellung zu verwerten.

	Anzahl der Fälle	Zimmer		Anzahl der Fälle	Betten	
		eigenes	kein eigenes		eigenes	kein eigenes
Geschlossene Tbc.	498	118	380	498	469	29
	100%	23,7	76,3	100%	94,2	5,8
Offene Tbc.	350	127	223	350	346	4
	100%	36,3	63,7	100%	98,9	1,1

Die Tabelle zeigt klar, dass die Frage eines eigenen Zimmers für jeden unserer Kranken noch lange nicht gelöst ist, nur 245 =28,9 % besitzen einen eigenen Schlafraum. Wenn man auch dieser Forderung für die Fälle mit geschlossener Tuberkulose keine allzugrosse Bedeutung beimisst, so sind wir doch auch bei den Offen-Tuberkulösen noch weit vom Ziel, erst 36,3 % schlafen allein im Zimmer. Immerhin ist hier die Tendenz zur Isolierung doch grösser als bei den Kranken mit geschlossener Tuberkulose, wo nur 23,7 % allein im Zimmer schlafen können.

Ein erfreuliches Resultat gibt die Erhebung über die zur Verfügung stehenden Betten. Noch 5,8 % der Kranken mit geschlossener Tuberkulose und nur noch 1,1 % der Bazillenstreuer müssen ihr Bett mit einem Angehörigen teilen. Wenigstens diese primäre Forderung eines eigenen Bettes für jeden Tuberkulösen ist bei unsern Befürsorgten beinahe erfüllt.

Dass auch andern Orts die Schlafverhältnisse der Tuberkulösen noch nicht zur vollen Zufriedenheit gelöst sind, zeigt eine Statistik von H. Riedel, Tuberkulosefürsorgestelle Nürnberg. Bekannt waren die Wohnungsverhältnisse von 1340 ansteckend Tuberkulösen. Davon hatten

1284 =95,8 % ein eigenes Bett
56 = 4,2 % kein eigenes Bett
480 =35,8 % ein eigenes Schlafzimmer.

Die letzte Zahl entspricht etwa der bei uns gefundenen, während die Anzahl der Kranken, die kein eigenes Bett besitzen, bei uns wesentlich geringer ist.

IV. Verteilung der befürsorgten Tuberkulosefälle auf die Quartiere der Stadt Basel im Jahre 1928.

Wenn wir hier die im Jahre 1928 der Fürsorgestelle bekannten Krankheitsfälle auf dem Stadtplan eingetragen haben, so müssen wir uns klar sein, dass wir damit nur ca. 50 % aller nach unserer Berechnung in Basel existierenden Kranken erfasst und dargestellt haben. Trotzdem erhalten wir sicher ein in den grossen Zügen richtiges Bild auch über die Verteilung der überhaupt vorhandenen Tuberkulösen auf die einzelnen Stadtgebiete. Können wir doch meistens aus der Zahl der Befürsorgten auf die Höhe der Gesamtmorbidität eines Quartiers schliessen. Dass dieser Satz nur bedingte Gültigkeit hat, werden wir bei der nähern Besprechung sehen.

Zur Arbeitsweise möchte ich kurz bemerken, dass wir zuerst auf der Fürsorgestelle an Hand des über die Tuberkulösen von 1928 geführten Verzeichnisses mit Adressenangabe alle Fälle auf eine mit Hausnummern versehene Stadtkarte genau gesteckt haben. Nachher wurde das Ergebnis mit den hier verwendeten Zeichen auf einen uns vom statistischen Amte in zuvorkommender Weise überlassenen Plan eingetragen. Da die Randpartien unserer Karte die Strassenanlagen neueren Datums noch nicht aufweisen, mussten wir hier einige Male die Fälle etwas summarisch eintragen (hauptsächlich in den Quartieren „Hinter dem Bad. Bahnhof“ und „Bachletten“). Dies ist aber für unsere Arbeit nicht von Bedeutung. Beizufügen ist, dass alle Angaben über Bevölkerungszahlen, Haushaltungen, Wohndichtigkeit, etc. aus dem statistischen Jahrbuch

der Stadt Basel stammen. Da die erwähnten Zahlen auf dem Ergebnis der Volkszählung 1920 basieren, können wir sie selbstverständlich nicht als durchweg geltenden Masstab benützen. Eine kurze Ueberlegung ergibt, dass es naturgemäss die Aussenquartiere sind, die in den letzten Jahren am meisten Aenderungen in ihrer Bevölkerungszahl — im Sinne einer Erhöhung — aufweisen, während dies bei den damals schon fast vollständig überbauten Innenquartieren sicher nur in geringem Masse der Fall ist. Unsere eingehende Besprechung muss sich daher auf diese beschränken.

Bei der Betrachtung unserer Karte fällt schon bei flüchtigem Ueberblick auf, dass mit Punkten reich versehene, scharf umgrenzte Gebiete mit Abschnitten wechseln, die eine wohltuende Leere zeigen. Greifen wir unter Beachtung der oben erwähnten Einschränkung einige der mit den ominösen Punkten stark besetzten Distrikte heraus, so erkennen wir hauptsächlich im Klein-Basel die Quartiere Zentrum (11), Klara (12), Matthäus (14), Rosental (15), in Gross-Basel wieder das Zentrum (1). Der Vollständigkeit halber nehmen wir noch die Vorstädte (2) dazu. Wir wollen vorausnehmen, dass es sich nach der Bezeichnung des statistischen Amtes um Arbeiterviertel (14) und (15) und Geschäftsviertel (1, 2, 11 und 12) handelt.

„Die Tuberkulose geht mit der Wohnungsdichtigkeit parallel" sagt Dr. G. Dresel[1]). Untersuchen wir diese Behauptung auf Grund unserer Zahlen über die befürsorgten Tuberkulösen für die 6 aufgezählten Quartiere. Wir erhalten bei Benützung der Bevölkerungszahlen von 1920:

Geschäftsviertel.

	Anzahl der Tbc.-Fälle	Bevölkerung absolut	pro ha
Vorstädte (2)	33 = 4,7 ‰	6999	108,5
Zentrum Gross-Basel (1) .	48 = 6,8 ‰	7022	186,8
Clara (12)	34 = 6,8 ‰	4994	215,3
Zentrum Klein-Basel (11) .	62 = 9,9 ‰	6219	245,5

[1]) Dresel: Soziale Fürsorge (1918).

Arbeiterviertel.

	Anzahl der Tbc.-Fälle	Bevölkerung absolut	Bevölkerung pro ha
Matthäus (14)	174 =8,4 $^0/_{00}$	20801	346,1
Rosenthal (15)	46 =9,1 $^0/_{00}$	5076	59,4

Bei den Arbeitervierteln entspricht im Matthäusquartier (14) die hohe Zahl von Tuberkulosefällen der grossen Wohndichtigkeit. Widersprechend scheint auf den ersten Blick das Resultat für das Rosental (15) zu lauten, 9,1$^0/_{00}$ Kranke bei einer Bevölkerungsdichte von nur 59,4 pro ha. Bedenken wir aber, dass zu diesem Gebiete das grosse Areal des Güterbahnhofes und der Mustermesse gehört, so erhalten wir nur noch einen mässigen Teil überbauten Bodens, d. h. die effektive Wohndichtigkeit muss viel höher sein als die angegebene. Dies lässt sich leicht durch folgende Angaben erhärten: In diesem Quartier verteilen sich 1232 Haushaltungen auf 266 Wohnhäuser, d. h. im Mittel wohnen 4,6 Familien in einem Hause. Im dichtbevölkerten Matthäusviertel ergibt die gleiche Rechnung 4,5 Haushaltungen auf 1 Wohnhaus. Aus dem angeführten Vergleiche, der bei dem gleichen Charakter beider Gebiete sicher zulässig ist, geht hervor, dass im Rosental die Wohndichtigkeit (bezogen auf den überbauten Boden) eher höher sein muss als im Matthäusquartier. In Wirklichkeit herrscht also auch im Rosental vollständige Parallelität zwischen Tuberkulosefällen und Wohnungsdichtigkeit.

Auch für die ersten drei Geschäftsviertel lässt sich die erwähnte Parallele ziemlich genau verfolgen. Nur im Zentrum Klein-Basel haben wir eine auffällig hohe Zahl befürsorgter Tuberkulöser, die sich nicht nur mit der Bevölkerungsdichtigkeit erklären lässt. Der Hauptgrund ist wohl der, dass hier die Erfassung durch die Fürsorgestelle vollständiger ist. Es lässt sich aber auch denken, dass bei dem Vorhandensein der vielen alten, in hygienischer Hinsicht ungünstigen Häuser und bei einer Bevölkerung, die doch zum grossen Teile dem Arbeiterstande angehört, die tatsächliche Zahl der Kranken sehr gross ist.

Erinnern wir uns daran, dass wir die Zahl der 1928 in Pflege stehenden Tuberkulösen mit 70,4 ‰ angegeben haben, so sehen wir, dass in den Quartieren 11, 14 und 15 mit 9,9 ‰, 8,4 ‰ und 9,1 ‰ dieser Durchschnitt erheblich überschritten ist, während er im Quartier 2 mit 4,7 ‰ lange nicht erreicht wird. Die Viertel Zentrum Grossbasel (1) und Klara (12) entsprechen mit 6,8 ‰ am ehesten der Mittelzahl.

Wenden wir uns den Abschnitten unserer Karte zu, die nur wenige „dunkle" Punkte aufweisen, so kommen wir zu den Quartieren St. Alban (4) und Am Ring (3). Beide werden im Statistischen Jahrbuche als Wohlstandsviertel aufgezählt. Dazu wird auch Bachletten (7) gerechnet, das wir aber nach dem eingangs über die Quartiere der Peripherie Gesagten nicht einbeziehen wollen.

Führen wir auch für die Wohlstandsviertel die Gegenüberstellung von Tuberkulosefällen und Wohndichtigkeit aus, so ergibt sich:

Wohlstandsviertel.

	Anzahl der Tbc.-Fälle	Bevölkerung absolut	Bevölkerung pro ha
St. Alban (4)	9 = 2,1 ‰	4309	18,0
Am Ring (3)	51 = 3,8 ‰	13415	114,2

Bestechend ist das Resultat für St. Alban: Nur 2,1 ‰ Tuberkulöse. Das darf uns bei der wirklich sehr geringen Bevölkerungsdichtigkeit von 18 Einwohner pro ha nicht wundern. Dazu fällt ins Gewicht, dass der Grund für die kleine Wohndichtigkeit in dieser Gegend im Wesentlichen darin zu suchen ist, dass der Wohlstand der Bewohner ihnen erlaubt, grosse Bodenflächen als Gartenanlagen zu benützen. Eines dürfen wir aber nicht ausser Acht lassen; gerade die Wohlstandsviertel weisen natürlich am wenigsten Leute auf, die die Fürsorge in Anspruch nehmen. Es wird daher in diesen Gebieten unsere Erfassung der Tuberkulosen die ungenügendste sein.

Für das Quartier Am Ring (3) liegen die Verhältnisse nicht so günstig wie in St. Alban, immerhin erreicht die Zahl

der Tuberkulosen mit 3,8‰ noch lange nicht den Durchschnitt von 7,0‰. Gegenüber der für dieses Viertel eher etwas hohen Bevölkerungsdichtigkeit scheint uns die Beteiligung an den Tuberkulosefällen vielleicht etwas niedrig; handelt es sich doch um eine Bevölkerung, die dank ihres höhern sozialen und intellektuellen Standes der Krankheit erfolgreichere Abwehr entgegensetzen kann. Dieser Grund hat naturgemäss auch für St. Alban volle Geltung, und umgekehrt muss das dort über die mangelhafte Erfassung der Kranken Angegebene auch für das Quartier Am Ring berücksichtigt werden.

Das Gesamtresultat unserer Besprechung über die Verteilung der Tuberkulösen lässt sich kurz in folgendem fassen:

Die Parallelität zwischen Tuberkulose und Wohnungsdichtigkeit können wir im allgemeinen auch in der Verteilung der in Fürsorge stehenden Kranken nachweisen.

Einen bestimmenden Einfluss auf das Vorkommen der Tuberkulose in den einzelnen Quartieren hat die Zusammensetzung der Bevölkerung nach der Art ihrer sozialen und wirtschaftlichen Stellung.

Verteilung der befürsorgten Tuberkulösen in allen Quartieren.

Von den 1020 in der Stadt Basel in Fürsorge stehenden Kranken fallen 457 oder 44,8% auf die besprochenen inneren Quartiere. Den grösseren Teil beanspruchen also die Aussenviertel. Wegen der anfangs angeführten Gründe können wir für diese keine eingehende Untersuchung vornehmen. Wir müssen uns mit der Aufzählung begnügen.

Quartiere		Anzahl der befürsorgten Tuberkulösen absolut	%
Zentrum Gross-Basel	1	48	4,7
Vorstädte	2	33	3,2
Am Ring	3	51	5,0
	Uebertrag	132	12,9

	Uebertrag	132	12,9
St. Alban	4	9	0,9
Breite	5	51	5,0
Gundeldingen	6	92	9,0
Bachletten	7	17	1,7
Gotthelf	8	60	5,9
Hegenheim	9	70	6,9
St. Johann	10	116	11,4
Zentrum Klein-Basel	11	62	6,1
Klara	12	34	3,3
Wettstein	13	28	2,7
Matthäus	14	174	17,1
Rosenthal	15	46	4,5
Klybeck	16	84	8,2
Klein-Hüningen	17	14	1,4
Hinter dem Bad. Bahnhof	18	31	3,0
Stadt Basel		1020	100,0

Wie man sieht, ergeben sich auch bei den nichtbehandelten Aussenquartieren zum Teil erhebliche Differenzen in der Besetzung mit Tuberkulosefällen. Diese Zahlen allein sind aber leicht irreführend, da sie ohne die dazu gehörigen Bevölkerungszahlen nicht erkennen lassen, ob die Morbidität an Tuberkulose gross oder klein ist.

Curriculum Vitae

von

René Charles Bastian von Mettau (Kt. Aargau)

geboren am 9. März 1905 in Zürich.

Nach dem Besuch der ersten vier Primarschulklassen in Pratteln (Kt. Baselland) trat ich in das humanistische Gymnasium in Basel ein. Nach bestandener Maturität im Jahre 1923 liess ich mich an der medizinischen Fakultät der Universität Basel immatrikulieren. Hier studierte ich 12 Semester ohne Unterbrechung, bis ich meinen Studiengang im Frühling 1929 mit dem eidgenössischen Staatsexamen abschliessen konnte.

Schon vor der darauf folgenden Assistentenzeit im Bezirksspital Herzogenbuchsee begann ich mit der Arbeit an meiner Dissertation, die ich jetzt vollendet habe.